

Fragebogen: Gelenkserkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wann und wie häufig hatten Sie Beschwerden an den Gelenken, Bändern und Sehnen?

Erläuterung

2. Welche Gelenke waren betroffen?

Gelenke

- rechts
 links
 beiderseits

3. Waren Sie deshalb arbeitsunfähig?

- Ja | wann und wie lange: _____
 Nein

4. Welche Diagnose stellte der Arzt?

Diagnose

5. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

- Krankenhausaufenthalte
 Kuraufenthalte

Name und Anschrift der Klinik

wann und wie lange

6. Art der Behandlung

- Existieren Röntgenaufnahmen? Ja | von wann: _____ Nein

7. Wurde eine / mehrere Arthroskopie(n) durchgeführt?

- Ja | wann: _____ rechts links beiderseits
 Nein

8. Wurde eine andere Operation durchgeführt?

- Ja | wann: _____ rechts links beiderseits

Art der Operation

- Nein



Fragebogen: Gelenkserkrankungen

B

9. Was wurde Ihnen verordnet?

- Massagen
 Krankengymnastik
 Sonstiges

Erläuterung

10. Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet und wann?

Name der Medikamente

Datum

Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

11. Sind Sie völlig geheilt?

- Ja | seit wann: (Datum)
 Nein

12. Welche Beschwerden bestehen noch?

13. Ist eine Operation vorgesehen?

- Ja | wann: _____ | welche: _____
 Nein

14. Sind weitere Reha-Maßnahmen vorgesehen?

- Ja | wann: _____
 Nein

15. Sind Dauerfolgen zurückgeblieben?

- Ja | welche: _____
 Nein

16. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung

17. Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

18. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig und wegen welcher Erkrankung?

- Ja | wann: _____ (Zeitraum)

Art der Erkrankung

- Nein

19. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

- Ja | wieviel % MdE: _____ | welcher Grund für MdE: _____
 Nein

20. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?

- Ja | wann: _____ (Zeitraum)
 Nein